附件：

重庆市医学会医学信息学分会2021年学术年会参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参会单位 | 姓名 | 性别 | 职称/职务 | 是否住宿 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：**请于2021年12月25日前将参会回执反馈至邮箱：873067 l 72@qq.com